

## Anmeldeformular

Langzeitaufenthalt:       Kurzaufenthalt:       Kurzaufenthalt mit Standortgespräch:

Die Anmeldung ist:                      dringend:                       vorsorglich:

### Personalien der/des zukünftigen Bewohnerin/ Bewohner:

Name:	_____	Vorname:	_____
lediger Name:	_____	Adresse:	_____
PLZ / Ort:	_____	Gemeinde, wo Schriften sind:	_____
Tel. Nr./ Natelnr:	_____	E-Mail:	_____
Zivilstand:	_____	Geburtsdatum / Geburtsort:	_____
Heimatort:	_____	Konfession:	_____
Name / Vorname der Mutter:	_____	Name / Vorname des Vaters:	_____
Name der Mutter als ledig:	_____	AHV-Nr.:	_____
Krankenkasse:	_____	KK-Nr:	_____

**(Bitte bei Eintritt Kopien folgender Dokumente mitbringen: Niederlassungsbewilligung oder Familienbüchlein, AHV-Ausweis, aktuelle Krankenkassen-Police und Krankenkassenkarte.)**

### Finanzielles:

Zuständig für finanzielle Angelegenheiten (**Rechnungsadresse**):

Bewohner / in selber:                       Kontaktperson:

Beistand / Beiständin:  (**Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.**)

Personalien der zuständigen Kontaktperson / BeiständIn:

(\*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name /Vorname:	_____	*VG	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Tel.-Nr./ Natelnr:	_____	E-Mail:	_____

Ergänzungsleistungen: ja:  (Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.) nein:

Hilflosenentschädigung: : ja:  (Bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen.) nein:

Vorsorgeauftrag vorhanden ja:  (Bitte bei Eintritt Kopie mitbringen.) nein:

Patientenverfügung vorhanden ja:  (Bitte bei Eintritt Kopie mitbringen.) nein:

**Angehörige/ wichtige Bezugspersonen** (\*VG = Verwandtschaftsgrad)

Name /Vorname:	_____	*VG	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Tel.-Nr./ Natelnr:	_____	E-Mail:	_____
Name /Vorname:	_____	*VG	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Tel.-Nr./ Natelnr:	_____	E-Mail:	_____

**Adresse Hausarzt (übernimmt er/sie die Betreuung auch nach Eintritt? ja:  nein: )**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vollmacht:**

Die Geschäftsführerin von Seniorenzentrum Emme sowie die Leitung Pflege werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung ermächtigt.

Der / die Unterzeichnende bestätigt, dass er / sie über die Heimtarife und die Heimfinanzierung informiert wurde.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

PS: Das Arztzeugnis inklusive Adresse des Hausarztes/-ärztin folgt / liegt bei